POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE. DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Marzec.	→ ROCZNIK CZTERNASTY. ←	1912.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulist. U. J. R. dw. Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

O brodawczakach rąbka rogówki.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Według Saemischa należą brodawczaki spojówki do rzadkich nowotworów. Mogą one występować w postaci polipowatej z większą lub mniejszą szypułą, albo przylegają szeroką podstawą do spojówki. Pierwsze sadowią się zazwyczaj w załamku przejściowym, drugie występują częściej w okolicy rąbka rogówki. W klinice krakowskiej spostrzegano kilka przypadków brodawczaków, trzy z nich poniżej podaję:

K. W., 76-letni wyrobnik (4818/10) podaje, że prawem okiem widzi od 2 miesięcy, jak przez mgłę. Na guzek koło rogówki nie narzeka, nie sprawia mu żadnych dolegliwości. Dopiero zapytany opowiada, iż guzek ten ma od kilku miesięcy.

Badanie: Prawe oko: Ślad przekrwienia spojówki, na niej przy rąbku od skroni różowa wyniosłość, płaska, wielkości grochu przechodzi 2 mm na rogówkę. Powierzchnia wyniosłości trochę nierówna, od skroni dochodzi do niej kilka naczyń przekrwionych, zresztą rógówka czysta, źrenica dobrze oddziaływa, w soczewce zaćmienia klinowate,

Lewe oko: Zmian nie przedstawia, prócz drobnych zmętnień na obwodzie soczewki. Guzek wyciął Prof. Wicherkiewicz i założył szew. Po 6-ciu dniach wyjęto szew, brzegi ranki zlepione. Oko prawie bez podrażnienia.

Wycięty guzek zbadano histologicznie. Badanie wykazało utkanie typowego brodawczaka, z wieloma warstwami nabłonka, którego podstawowa warstwa składała się z komórek cylindrycznych, następne z kubicznych, górna z płaskich.

W powierzchownych warstwach leżące komórki wykazywały w wielu miejscach brak jąder, cechy znamionujące początek zrogowacenia, jakie często przydarza się w podobnych nowotworach.

Pomiędzy brodawkami, w zagłębieniach widać było komórki śluzowe w skąpej ilości, pomiędzy nabłonkiem komórki wędrowne.

Od operacyi minął rok bez nawrotu.

Mamy zatem do czynienia z typowym brodawczakiem spojówki, umieszczonym na rąbku i częściowo zachodzącym na rogówkę. Guzek ten nie wnikał w głąb tkanki rogówkowej, a podczas operacyi dał się z łatwością usunąć.

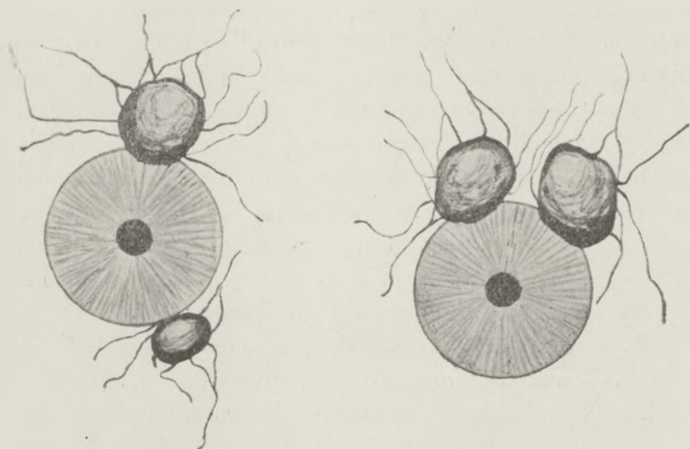
Ciekawszym jest przypadek następny.

L. F., 7-letni (4904/10). Zgłasza się z matką, która podaje, że już od roku syna oczy bolą; obecnie od 3-ch tygodni pogorszenie, nad ranem ma oczy zalepione. Leczony przeróżnymi środkami — bezskutecznie. W rodzinie podobnego przypadku nie było.

Prawe i lewe oko:

Badanie: Wydzielina śluzowa w miernej ilości. Oczy łzawią. Spojówka powiek gładka, nieznaczne obrzmienie ciała brodawkowego.

P r a w e o k o: (Rys. 1) ponad rogówką guz płaski czerwony, mocno unaczyniony, wielkości grochu, około 2 mm grubości. Zachodzi na rogówkę na $^1/_2$ mm. Drugi guz, podobny dołem wewnątrz, koło rogówki, na rogówkę nie zachodzi, od dołu otoczony rozdętemi naczyniami spojówkowemi. Rogówka czysta. (Rys. 1 pro.).



Rys. 1.

L e w e o k o: (Rys. 1) górą na rąbku podobne dwa guzy obok siebie leżące, oddzielone przestrzenią 2 mm, zachodzą nieco na rogówkę. Rogówka czysta, (Rys. 1 lo.).

Gruczoły szyjne, przyuszne i karkowe lekko powiększone.

Badanie bakteryologiczne wykazało w wydzielinie gronkowce białe i nieliczne złote.

Skoro wydzielina pod wpływem borotanniny ustąpiła, a guzki nie uległy zmianie, wykonał Prof. W i c h e r k i e w i c z operacyę prawego oka, polegającą na doszczętnem usunięciu guzów i zaszyciu spojówki. W kilka dni potem zabieg ten powtórzył na drugiem oku. W przeciągu tygodnia chłopiec mógł powrócić do domu. Nawrotu po roku nie było.

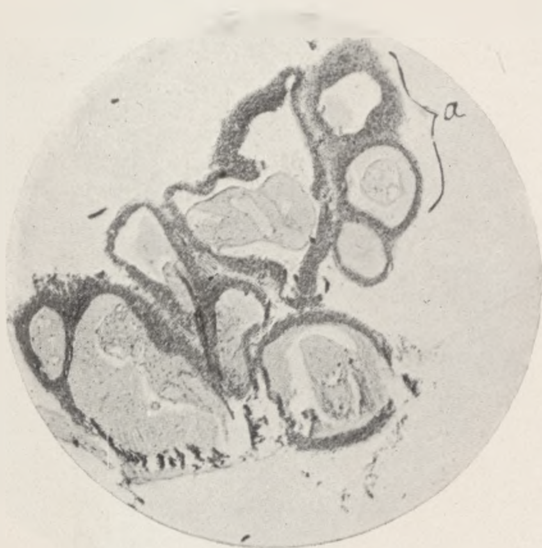
Badanie histologiczne wyciętych guzów wykazało budowę podobną do opisanej w pierwszym przypadku. Różnica polegała jedynie na tem, iż w danym przypadku więcej było komórek śluzowych, a brodawczak obficiej unaczyniony.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że brodawczaki wystąpiły równocześnie na obu oczach. To, że na jednem oku kilka brodawczaków występuje, było już rzeczą znaną (Hirschberg, Birnbacher). Powierzchnia guza była dla oka zupełnie gładką, dopiero mikroskop wykazał brodawki i na powierzchni, choć przypłaszczone. Już Fuchs zwrócił na to uwagę, że postać brodawczaka zależy od jego umiejscowienia. Jeśli składa się z prawidłowych brodawek, jak spojówka powiek, wówczas rozwija się podobnie do grządek, o podstawie szerokiej tworzy wyrośle kalafiorowate, które wskutek ucisku powiek na gałkę mogą się spłaszczyć, o ile są usadowione np. na rąbku. Natomiast brodawczaki załamka przejściowego i spojówki gałki przybierają zazwyczaj postaćpolipowatą.

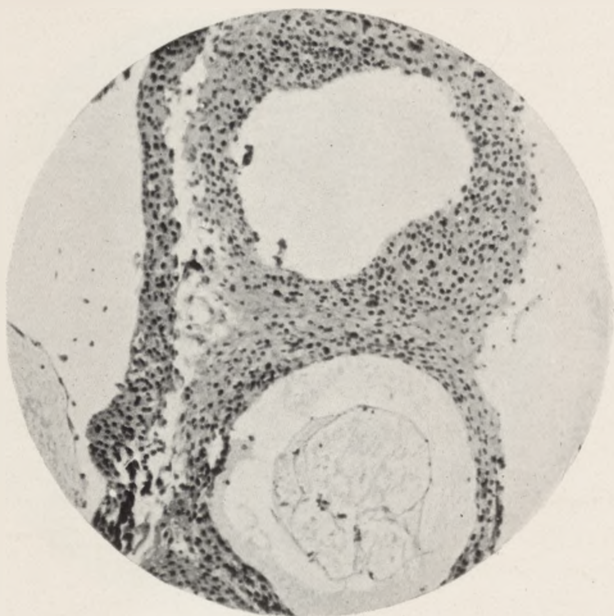
Nasz przypadek należy do pierwszego typu.

Virchov nazywa brodawczak włókniakiem brodawkowatym *(Fibroma papillare)*. Guz ten należy zatem, co zwłaszcza Elschnig i Fuchs zaznaczają do włókniaków spojówki. Należy go uważać za narośl łagodną. Jednakże posiada on wielką skłonność do nawrotów, a może też przez pokrycie rogówki spowodować wybitne upośledzenie bystrości wzrokowej (Grunert).

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy brodawczakiem a przyrogówkowemi zmianami podczas kataru wiosennego jest prawie z reguły łatwe. Trudniejsze bywa odróżnienie od nabłoniaka *(epithelioma)*, zwłaszcza w początkowym okresie rozwoju i umiejscowieniu na rąbku rogówki. W tym wypadku mogą oba te rodzaje narośli (których wygląd zewnętrzny, budowa powierzchni lekko brodawkowata, bardzo są zbliżone) wtedy dopiero okazać różnice, jeśli się rozszerza na rogówkę. Okaże się wówczas, że nabłoniak w tkankę wnika, podczas gdy brodawczak do niej tylko przylega. Ważną sprawą jest też zachowanie się okolicznych gruczołów

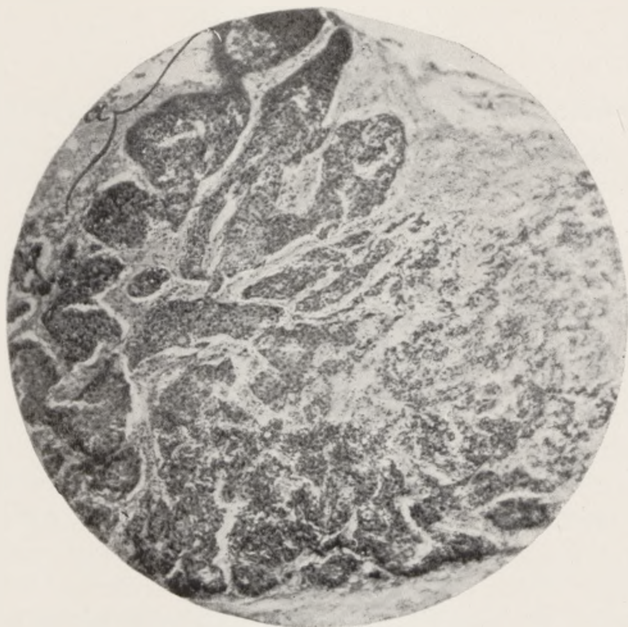


Rys. 2.



Rys. 3.

Część Rys. 2 przy *a* pod znacznem powiększeniem widziana.



Rys. 4.



Rys. 5.

Część Rys. 4 przy *a* pod znacznem powiększeniem widziana.

chłonnych, których powiększenie przemawia za nabłoniakiem (o ile naturalnie nie wszystkie gruczoły chłonne są powiększone, gdyż to przemawia raczej za jakąś ogólną przyczyną).

Rechtperg opisuje przypadek brodawczaka, w którym badaniem drobnowidowem mógł stwierdzić zwyrodnienie rakowate i zwraca uwagę, że przypadki Hornera oraz Lagrange-Mazeta, w których podczas nawrotu brodawczaka i rogówka uległa schorzeniu do podobnej grupy zaliczyć należy. Chory Hornera zmarł przed zniszczeniem rogówki z powodu raka żołądka. W przypadku Lagrange-Mazeta wystąpiło obfite bujanie nabłonka, zdaje się złośliwe, które doprowadziło do przebicia rogówki. I Greef wspomina o tem, w podręczniku anat.-patol. Ortha, że brodawczak może przejść w raka, lecz Saemisch w ostatniem wydaniu podręcznika Graefego-Saemischa pisze: »Es muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden, ob die auf der Schleimhaut der Harnblase beobachteten Ubergänge des Papilloms in das Epitheliom auch auf der Bindehaut des Auges sicher vorkommen können«.

Znamienny pod tym względem jest przypadek następujący:

H. S., lat 60 (161/07) zgłosiła się 9. I. 1907 i podała, że 1-go listopada 1906 r. przy nakładaniu mierzwy uderzona widłami przez drugiego w twarz. Nieznaczne wówczas było krwawienie ze skóry pod powieką, w oku natomiast miała uczucie piasku. Zawiązywała oko. Do doktora poszła dopiero w kilka tygodni potem; zapisał jej krople. Guzek na oku zauważyła rzekomo w tydzień po uderzeniu.

Badanie: Prawe oko zmian nie przedstawia, miąsko przerośnięte.

Lewe oko: Lekkie łzawienie, szpara powiekowa trochę niższa. Spojówka przekrwiona, załamek rozpulchniony. Na granicę rogówko-twardówkową i na dolną część rogówki przesuwa się od dolnego załamka guz wielkości fasoli o powierzchni zrazistej, szarawo-czerwony o postaci przypominającej malinę. Z tym guzem styka się wyniosłość druga umiejsco-

wiona w południku poziomym od strony nosa, wielkości ziarnka grochu, czerwono-szara, unaczyniona. Wyniosłość ta spłaszczając się sięga aż do załamka półksiężycowego. Miąsko również przerosłe. V pro. $^5/_6$, lo. $^5/_{30}$.

Rozpoznanie: *Papilloma ad limbum Pterygium nasale ocul. sin.*

10. I. wykonał Prof. Wicherkiewicz zabieg operacyjny. Po wstrzyknięciu podspojówkowem roztworu nowokainy udaje się odłączenie guza bardzo łatwo zapomocą nożyczek. Narośl większą częścią przylegała do rogówki, częściowo do twardówki, a dolna $^1/_3$, zrazista, ciemniejsza, przylega do spojówki gałki. Po usunięciu guzka przeszczepiono w to miejsce skrzydlik i założono opaskę.

Po kilku dniach zmieniono opatrunek. Płatek się przyjął, oko prawe bez podrażnienia, tak że chora po 9-ciu dniach opuściła klinikę. Bystrość wzrokowa, jak przed operacyą, rogówka czysta.

W dwa miesiące po operacyi zgłasza się chora ponownie, a badanie dn. 8. III. stwierdza na dolno-wewnętrznej granicy rogówko-twardówkowej guzek wielkości połowy ziarna grochu, czerwony, dość twardy, ściśle opisany. Gruczoły chłonne dostępne badaniu nie powiększone. I ten guzek usunięto operacyjnie na szerokiej przestrzeni, wycinając okoliczną tkankę. Po 10-ciu dniach chora udaje się do domu. Po 4-ch latach nie ma nawrotu.

Oba wycięte guzki poddano badaniu drobnowidowemu.

Guzek podczas pierwszej operacyi wycięty okazywał budowę typowego brodawczaka (Rys. 2 i 3). W licznych warstwach komórek nabłonkowych widać było obfite komórki wędrowne (podobnie, jak w przypadku Rumszewicza, Wagenmanna i in.). Zresztą budowa nie okazywała nic szczególnego.

Inną natomiast była struktura guzka nawrotowego (Rys. 4 i 5). Utkanie tego guzka było rakowate. Lite sznury komórek nabłonkowych wnikały w głąb tkanki podspojówkowej. Był to okres dość wczesny, nowotwór jeszcze nie dotarł do

twardówki. Badanie wykazało również, że wycięto w zdrowych częściach.

Przypadek ten ilustruje dosadnie, że nowotwór łagodny, brodawczak, może uledz zwyrodnieniu rakowatemu.

Jeśli przytoczyłem ten przypadek obszerniej, to uczyniłem to dla tego, aby zaznaczyć, jak ważne jest w podobnym wypadku badanie drobnowidowe. Badania takiego nie powinno się w podobnych przypadkach w żadnym razie pominąć. Zbytecznem chyba jest wspominać, jak zgubne skutki może pociągnąć za sobą nierozpoznanie rakowatego zwyrodnienia w guzku miejscowym na rąbku. Wczesne rozpoznanie daje nam natomiast dyrektywę, że należy operować stosunkowo radykalniej, co, jak w naszym przypadku może ocalić choremu oko.

JWielmożnemu Panu R. dw. Prof. Dr Wicherkiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za wskazówki i odstąpienie mi tych przypadków do ogłoszenia.

Piśmiennictwo.

Saemisch: Die Krankheiten der Conjunctiva, Cornea und Sclera. Graefe-Saemisch. V. 1. 1904.

Kilka uwag w sprawie pochodzenia brodawczaków t. zw. rogówkowych.

Napisał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Narośle powyższego rodzaju, występujące przeważnie na rogówce, nie należą do zjawisk częstych. Możnaby powątpiewać, czy je wogóle zaliczać do narośli rogówkowych. Skoro jednak przeważna część narośli z rogówką okazuje się złączona rogówkowym nowotwór nazywanym bywa. Zastanówmy się nad

tem, czy składniki tych guzów na pochodzenie ich z rogówki wskazują.

Narośl tego rodzaju, jak wiadomo, znamienna pasami tkanki łącznej, zawierającej naczynia, a pasy te pokryte są warstwą mniej więcej grubą komórek nabłonkowych. Sprawa toczy się przed błoną Bowmana. Komórek nabłonkowych dostarcza rogówka, a naczyń rąbek spojówkowy lub z rąbka narosłe na rogówkę naczynia. Tkanka łączna otaczająca naczynia *(pannus)* pochodzi również ze spojówki, zwłaszcza z rąbka. Możnaby więc sądzić, że to rodzaj naróśli należącej raczej do spojówki, tylko na rogówkę przesuniętej. To jednak, że nabłonka, stanowiącego znaczną naróśli część, dostarcza rogówka, łączy nowotwór ściślej i z tą błoną.

Nie bez słuszności zaznacza Lagrange (Traité des tumeurs de l'oeil t. I.) omawiając zasadniczość nazwy brodawczaka rogówki, że jak *pannus* jest chorobą rogówkową, choć główna część sprawy, t. j. naczyniowa, początek zawdzięcza spojówce, tak i brodawczak, posuwający się na rogówce, choćby z niej nie wyszedł, do naróśli rogówkowych zaliczonym być może.

W wielu przypadkach narośl nazwaćby wypadało brodawczakiem rogówko-spojówkowym, a raczej rąbka spojówkowego, gdy na dwie strony narośl się rozrasta, i taka nazwa byłaby może najodpowiedniejszą, jeżeli ona niema jedynie określać lokalizacyi największego rozwoju naróśli. Ale i lokalizacya początkowa mimo badań drobnowidowych nie zdaje się być ujednostajnioną. A jednak rzecz przedstawia się dość jasną.

Ponieważ jednak, zdaniem mojem, nieznany jest przypadek brodawczaka, wychodzącego pierwotnie wprost z rogówki, w pewnem od brzegu rogówkowego oddaleniu, przeto tem więcej uprawnionem powinno być przypuszczenie, iż guzy te dobrotliwe, na rogówce się pojawiające, zawdzięczają swe pochodzenie spojówce przylegającej, a zwłaszcza rąbkowi spojówkowemu. Takie jest zdanie Pascheffa (»Contribution à l'étude des tumeurs de l'oeil«. Clin. Oph. 1904) przeciw

czemu oświadcza się jednak Lauber (»Beitrag zur Erkenntniss der Entstehung der Hornhautpapillome«. Zeitschrift f. Aghk. t. XVI p. 254), który wszakże tej negacyi nie uzasadnia, a tylko stawia sobie pytanie, co daje powód do tworzenia się naczyń i brodawek stanowiących treść brodawczaków. Na podstawie znanego materyału z literatury dochodzi zaś do wniosku, iż wielkie znaczenie w powstawaniu brodawczaków rogówkowych mają poprzedzające lub też istniejące przewlekłe zapalenia rogówki »Vorausgegangene oder noch bestehende chronische Entzündungen der Hornchaut« ale dodaje »und ihrer Umgebung«, a w takim razie szuka ich pochodzenia w rąbku.

Dalej zaś zaznacza, że zbliznowaceniem *(keratitis, pannus)* spowodowane unaczynienie rogówki, które naturalnie zawsze pochodzi z rąbka, może stać się podstawą do tworzenia w tych guzach pętli naczyniowych i brodawek. A zatem znowu materyału dostarcza czy pośrednio czy bezpośrednio spojówka przyległa. Że zaś nabłonek rogówkowy, bujając w tak powstałą na niej tkankę, wrasta, przenikając guz, to już chyba łatwo zrozumiałe.

Streszczając się, powiedzielibyśmy, że materyału do tworzenia się brodawczaków rogowkowych dostarcza zawsze spojówka, i to albo pośrednio z naczyń, które się na rogówkę przesunęły, albo bezpośrednio, gdy brodawczak sam na niej się rozrósł. Że czasami skrzydlik stanie się takim podkładem przydatnym, łatwo zrozumieć, a przypadek opisany przez Dr Rosenhaucha nie wyklucza takiej możliwości.

Podnietę do powstawania brodawczaków daje niewątpliwie albo sprawa zapalna, albo uraz, jak tego dowodem inny przypadek, opisany z mojej kliniki w powyższej pracy Dr Rosenhaucha, tem ciekawszy przez to. że wykazuje, iż w dalszem następstwie urazu pojawił się nabłoniak.

II. STRESZCZENIA.

Centrlblt. f. prakt. Augenheilkunde. R. 1911. Z. 11 (listopad. Z. 12 (grudzień). R. 1912. Z. 1 (styczeń). Z. 2 (luty). (Ref. Dr L. Gruder).

Erosio corneae powstała przez ukłucie żądłem osy w powiekę. (Erosio corneae durch einen Wespenstachel im Lide). Dr Ernst Kraupa w Pradze.

50-letni gospodarz, zajęty przy ulu, został ukłuty w prawą górną powiekę przez pszczołę, względnie osę; pewności w tym kierunku nie miał. Obrzmienie powieki w ciągu kilku dni znikło, lecz przy ruchach gałki lub powiek doznaje dokuczliwego bólu w oku, którem widzi jakby we mgle.

Badanie wykazuje: Prawa powieka górna lekko obrzmiała, zwisająca na dół; na lekko zaczerwienionej spojówce powieki nieco wystający guz, różowo zabarwiony, wielkości 1 mm^2. Rogówka nierównej powierzchni, w warstwach pod nabłonkiem delikatne zmętnienie; przytem nieregularne, krzyżujące się, długie, linijne zmętnienia; miejscami nabłonek silnie nierówny przechodzi w pęcherzykowate wytwory. Głębsze części gałki prawidłowe.

Po rozwadze autor doszedł do przekonania, że ów guz, umieszczony w spojówce powieki górnej, musi być siedliskiem owego ciała obcego, które spowodowało takie zmiany na rogówce. W rzeczywistości ów guz okazał się końcem $2^1/_4$ mm długiego żądła osy, które następnie wyjęto; żądło w ten sposób było umieszczone w chrząstce powiekowej, iż ostre jego zakończenie, ledwie wystające ponad powierzchnię spojówki, zwrócone było ku rogówce. Instytut zoologiczny rozpoznał żądło z osy znanej jako *Vespa germanica*.

W ten sposób dadzą się wytłumaczyć zmiany w nabłonku rogówki i dotkliwy ból przy ruchach gałki lub powieki. Po usunięciu ciała obcego bóle ustały, a po dalszych dwóch tygodniach nie było na rogówce żadnych patologicznych zmian.

Wyjęcie zaćmy na oku z wrodzonym brakiem tęczówki. (Star-Extraction an einem mit Aniridia congenita behafteten Auge). Dr Juliusz Fejer w Peszcie.

Obustronny brak tęczówki; w soczewce prawego oka centralne zmętnienie, tarcz prawidłowa, dno również prawidłowe. $V = {}^5/_{30}$. Soczewka lewego oka cała zaćmiona; lokalizacya świa-

tła dobra. Osoba liczyła 36 lat; wyjęcie zaćmy poszło gładko, gojenie prawidłowe, bystrość wzroku wynosiła $^5/_{70}$. W dolnej połowie źrenicy widoczne były resztki soczewki. Dno oka prawidłowe.

Tężec po urazie ocznym z pozostawieniem ciała obcego.

(Tetanus nach perforierender Augapfel-Verletzung mit Zurückbleiben eines Fremdkörpers). Dr Willi Pincus w Berlinie.

Robotnik 49-letni, uderzony przez woźnicę batogiem. Utrata wzroku natychmiast wystąpiła. Na gałce w miejscu ciałka rzęskowego wypadnięta tęczówka, gałka bardzo miękka z powodu utraty ciała szklistego, brak przedniej komory. Brak poczucia światła. Ranę w twardówce zaszyto szwem w spojówce i przez powierzchowne warstwy w twardówce. Ponieważ występowały objawy zapalne całej gałki (*panophthalmitis*) i gorączka doszła do 38°, wyjęto gałkę w narkozie. Przy wyjęciu gałki wypłynęła ropa z rany w twardówce. Stan ogólny chwilowo się polepszył.

Po czterech dniach trudności przy połykaniu i otwieraniu ust, silnego stopnia szczękościsk *(Trismus)*, porażenie nerwu twarzowego lewego, nerwu okoruchowego prawego, zwiśnięcie powiek i niemoc w ruchach gałki ku górze, dołowi i wewnątrz; temperatura 36·8. Po dalszych trzech dniach skon po licznych napadach kurczów.

Sekcya nie wykazała żadnych śladów *meningitis*, żadnej ropy w oczodole. Gałka oczna wypełniona gęstą, ziarnistą, ściętą masą ropną. W pobliżu tęczówki 5 mm długi i 3 mm szeroki kawał sznura batowego.

Przypadek ten wykazuje, iż zanieczyszczenie rany gnojem końskim, jak to było przy tym urazie, zwłaszcza przy równoczesnem pozostawieniu ciała obcego, spowodowało wystąpienie tężca *(Tetanus)*. Wcześniejsze wyjęcie gałki może byłoby zapobiegło ogólnemu zakażeniu.

Erosio corneae powstała przez ukłucie żądłem pszczoły.

(Erosio corneae durch einen Bienensich im Lide). Dr Purtscher w Celowcu.

Autor opisuje wypadek nadżarcia rogówki przez żądło pszczoły; żądło znajdowało się w powiece górnej. W pierwszej chwili widać było tylko mały guz na wewnętrznej powierzchni górnej powieki. Guz ten okazał się końcem $2^1/_2$ mm długiego żądła pszczoły. Ostre zakończenie żądła, ledwie sterczące ponad powierzchnię spojówki, zwrócone było ku rogówce i musiało wywołać skaleczenie jej powierzchni. Przypadek ten jest zupełnie podobny do przypadku, Kraupy opisanego w zeszycie 11 Centralbl. f. pr. Augenheilkunde.

Faliste drgania mięśnia-zwieracza tęczówki. (Ueber wurmförmige Zuckungen des Schliessmuskels der Regenbogenhaut). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dr C. H. Sattler pierwszy ogłosił przypadek nieustannych, falistych ruchów mięśnia-zwieracza tęczówki. Był to przypadek zupełnego porażenia zwieracza i akomodacyi.

Hirschberg opisuje swój nieco odmienny przypadek. Chory 73-letni, pr. oko $= {}^{5}/_{7}$, lewe $= {}^{5}/_{15}$. Na lewem oku powierzchowne zapalenie rogówki. Na prawem można było spostrzedz przy pomocy lupy Hartnacka ograniczone zgrubienie mięśnia-zwieracza, po stronie skroniowej, poniżej południka poziomowego. Na tem zgrubieniu były widoczne faliste *(wurmförmig)* ruchy w osi podłużnej, podczas gdy reszta brzegu źrenicznego wykonywała ruchy zwężające ku środkowi źrenicznemu. Także po sztucznem rozszerzeniu źrenicy pozostaje niezmienione to zgrubienie brzegu. Przez czas obserwacyi (półtora roku) stan niezmieniony.

Autor uważa to za *Hyperplasia musculi sphincteris iridis congenita.*

Do historyi okulistyki na uniwersytecie w Wyrcburgu. (Zur Geschichte der Augenheilkunde an der Universität Würzburg). Prof. Dr Helfreich w Würzburgu.

Rzadki przypadek fibroma molluscum na powiece. (Eine seltene Form von Fibroma molluscum am Augenlid). Dr Velhagen w Chemnitz.

Chora 60-letnia. Od wewnętrznej połowy górnej lewej powieki, mianowicie od brzegu powieki, zwisała na cienkiej szypułce narośl kształtu gruszki ku dołowi, sięgała górnego końca linii nosowo-wargowej i we wszystkich kierunkach mogła być poruszana jak wahadło. Długość 30 mm. szerokość największa 25 mm; miękka na dotyk, pokryta gładką skórą. Zresztą powieka prawidłowa. Gałka nie wykazywała żadnych ważniejszych zmian patologicznych. Myopia = 10 D.

Chora spostrzegła tę narośl przed 30 laty; stopniowo się zwiększała, od pięciu lat żadnej zmiany. W rodzinie żadnych podobnych wypadków nie było.

Narośl usunięto; mikroskopijne badanie wykazało *Neurofibroma*, jak je opisuje Unna.

Na szyi widoczne były liczne brodawki i nowe naczynia *(angioma)*, co razem skłania autora do uważania tego przypadku na *Neurofibroma* (Recklinghausen).

Mimo znacznego ciężaru narośli, powieka górna nie zmieniła swego wyglądu, ani położenia.

Hippus iridis i Mydriasis lewego oka. Dr Jarnatowski w Poznaniu.

Gaup w te słowa określa *Hippus iridis*. Jest to rytmiczne zwężanie i rozszerzanie się źrenicy, niezawisłe od oświetlenia, konwergencyi, wpływów psychicznych i czuciowych. Taki przypadek, lecz połączony z rozszerzeniem źrenicy *(Mydriasis)* opisuje autor.

Szwaczka 26-letnia. Przy zamknięciu powiek lekkie drganie powiek. Obustronna emmetropia. Pole widzenia prawidłowe, również akomodacya i konwergencya. Dno oka prawidłowe. Jedynym objawem patologicznym są: rozszerzenie źrenicy i *hippus iridis* lewej strony. Średnica źrenicy prawej przy oświetleniu dziennem i patrzaniu w dal wynosi 3 mm, średnica lewej źrenicy przy tych samych warunkach 7 mm. Przy oświetleniu wprost i niezmienionej akomodacyi oddziaływają nierównie, tak że przy największem zwężeniu zawsze jeszcze pozostaje różnica jednego milimetra w średnicach każdej źrenicy. Źrenica lewa, sama, posiada średnicę między 3 a 7 mm. Przy patrzeniu się na blizki przedmiot następuje konwergencya i zwężenie obu źrenic, ale zawsze w średnicach ich istnieje różnica jednego milimetra; taksamo rzecz się ma przy współczulnem zwężeniu lewej źrenicy. Lewa źrenica właściwie nigdy nie zostaje w spokoju.

Ezeryna i pilokarpina usuwają rozszerzenie źrenicy tylko na czas trwania działania leków.

Dokładne badanie nie mogło wykazać żadnych przyczyn tego stanu. Autor wyklucza schorzenia ze strony systemu nerwowego, również wyklucza neurastenię i chorobę Basedowa.

Ponieważ ezeryna i pilokarpina wywołują zwężenie źrenicy i istnieje oddziaływanie źrenicy na światło, wykluczona jest przeszkoda ze strony nerwu okoruchowego. Autor przypuszcza podrażnienie ze strony nerwu sympatycznego.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXX. Z. 3. (Ref. Dr T. Kleczkowski.

O doświadczeniach z wyciągami z oka. (Über Versuche mit Augenextrakten). R. Wissman — Strassburg.

Autor zadał sobie pytanie, czy w prawidłowej surowicy znajdują się uczulające ciała odczynowe *(sensibuliny)*, któreby specyficzne były dla oka jako całości, względnie jego części składowych i czy w razie przeniesienia ich na świnkę morską mogą po dodaniu

przeciwciała (*antigenu, oka*) wywołać typowy stan uczulenia (anafilaksya). Badania wykazały, że oko w całości, działa na świnkę morską silnie toksycznie i to wszystko jedno, czy świnka była poprzednio uczuloną, czy nie. Zwierzęta, którym wstrzykiwano poszczególne części oka (soczewka, c. szkliste, c. rzęsk. i naczyniówka) nie wykazywały żadnych objawów chorobowych. Naczyniówka i siatkówka posiadają najsilniejszą toksyczną właściwość dla świnki morskiej. Ciała toksyczne stwierdzone przez autora w siatkówce i naczyniówce rozpuszczają się w alkoholu i eterze. Ciała te stwierdził W. również w wyciągach z gałek ocznych ludzkich. Działanie ich jednak było słabsze aniżeli z wyciągów z ócz zwierzęcych. Różnicy w działaniu wyciągów z gałek ocznych ludzkich prawidłowych w porównaniu z działaniem wyciągów z gałek chorobowo zmienionych autor nie mógł stwierdzić.

O mojej operacyi podwinięcia rzęs i ich dwurzędności, wraz z kilkoma krytycznemi i historycznemi uwagami.

(Über meine Trichiasis- und Distichiasisoperation nebst einigen kritischen und historischen Bemerkungen). Prof. Dr B. Wicherkiewicz — Kraków.

W r. 1884 wyszła monografia Prof. Wicherkiewicza w książce jubileuszowej wydanej ku czci Szokalskiego, w której zostały omówione historycznie i krytycznie wszystkie dotychczasowe sposoby operacyjne podwinięcia rzęs i ich dwurzędności. Myśl przemieszczenia operacyjnego ku górze podstawy rzęs, jest bezsprzeczną zasługą Arlt'a (1845), względnie Jaesche'go (1844).

Już przed 35 laty w klinice Aleksandra Pagenstechera, miał Prof. Wicherkiewicz operując sposobność przekonania się, że metoda Jaesche'go-Arlt'a nie jest wolną od pewnych wad, a mianowicie, gdy nie zostanie energicznie zrobioną, to łatwo prowadzi do nawrotów — w odwrotnym zaś razie, do powstawania zajęczego oka *(lagophthalmus)*. Spostrzeżenie to naprowadziło Prof. Wicherkiewicza w 1881 r na myśl stworzenia nowego sposobu operacyjnego, polegającego na przemieszczeniu płata skórnego, mającego podtrzymywać sposobem Jaesche'go-Arlt'a podniesioną podstawę rzęs i przeszkadzać w zabliźnieniu się rany w chrząstce powieki.

Przekonawszy się na licznym materyale chorych o skuteczności swego sposobu operowania, wspomniał autor o swej metodzie w roczniku kliniki ocznej w r. 1885 i sekcyi lekarskiej Przyjaciół nauk w Poznaniu (porównaj protokóły posiedzeń w Przeglądzie lek. 1885). Metoda Prof. Wicherkiewicza ogłoszona następnie została w Berl. klin. Woch. 1888.

Zaznaczyć tutaj należy, że aczkolwiek rękopis wysłany został do tego pisma jeszcze w listopadzie r. 1887, to mimoto praca Prof. Wicherkiewicza ukazała się dopiero w nr 6 z r. 1888. W międzyczasie tym ukazała się praca Jacobsohna i Burchardta, w której również myśl przemieszczenia płata była wygłoszoną. Myśl Wicherkiewicza i Jacobsohna i Burchardta niezależnie naturalnie od siebie była jednakowa, sposób jednak, w jakim cel zostawał osiągnięty, był różny. Podczas gdy metoda operacyjna Jacobsohn'a i Burchardt'a znalazła mniej lub więcej naśladownictwa (Villard, Machek), to na sposób Wicherkiewicza mniej zwrócono uwagi. Przykładem tego najlepszym jest dzieło Czermaka, gdzie na str. 163 został opisany sposób operacyjny pod nazwą »Verschiebung des Wimperbodens nach Jaesche-Arlt mit Lidrandplastik von Waldhauer«. Gdzie Waldhauer ten sposób operacyjny opisał, — nigdzie w dziele Czermaka nie zostało podane; na str. natomiast 166 umieszczona jest uwaga: »Schon vor Waldhauer sind solche Lidrandplastiken, jedoch schon auf Änderung der Operation von Jaesche-Arlt beruhend von den verschiedensten Seiten angegeben worden». Również Elschnig w 2 em wydaniu dzieła Czermaka, nie przedstawił prawdziwie historyi rozwoju sposobu operowania podwinięcia rzęs.

Prof. Wicherkiewiczowi udało się wyciągnąć odpowiednie dane z literatury, z których przejrzyście zupełnie widać, komu się należy pierwszeństwo w pomyśle.

Dr Waldhauer z Mitawy, rozpoczyna swoją pracę pod tyt.: »L'opération du trichiasis« (Rev. gén. d'opht. nr 11 1882) następującemi słowy: D'ailleurs je n'ai nullement de m'occuper ici d'une nouvelle méthode. Il s'agit plutôt de l'opération d'Arlt (section intermaginale et transplantation du sol ciliare)«. Cały opis operowania jest tak długi, a przytem podany bez żadnych rysunków, tak że operacya ta podana w dziele Czermaka jako Waldhauera, nie powinna była wypaść tak, jakoby ona w tak łatwy i prosty sposób mogła być wykonaną. Waldauer pozwala na wyrośnięcie ziarniny i przeszczepia małe kawałki Reverdina, następnie kładzie wielki nacisk na używanie swego nożyka z guziczkiem.

Zupełnie ten sam opis podaje Waldhauer znowu w Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1898, gdzie na str. 52 pisze: »Dargestellt habe ich in letzter Zeit dann Läppchen neben Läppchen die ganze intermarginale Wundfläche belegt. Sollte der Tarsusteil sich wieder zurückgezogen haben, so fasst man ihn mit einer kleinen Hackenpincette, zieht ihn wieder nieder, ehe die Reverdinschen Läppchen geordnet sind, und so weit vor, bis der untere Theil der Brücke

sich auf die intakt erhaltenen nächstliegenden Orbicularisfasern stützt usw. usw.«. Waldhauer mówi o obumieraniu mostków, którego można uniknąć przez używanie jego nożyka. Prof. Wicherkiewicz operując w 1000 przyp. swoim sposobem, nigdy nie spostrzegał ani zropienia, ani obumarcia przemieszczonego płatka. Dalej pisze Waldhauer na str. 53: »Man hat die Operation hahin modifiziert (kto?), das man ein Stückchen Schleimhaut aus der Lippe statt der Epidermisläppchen in die intermarginale Wunde eingeheilt hat«.

Pomimo, że w r. 1898, dawno już była ogłoszona praca Wicherkiewicza, Jacobsohn'a i Burchardt'a, to jednak Waldhauer zupełnie o nich nie wspomina. Ponieważ w pracy Waldhauera ani z roku 1882, ani 1898 nie zostały podane żadne rysunki, pozostaje rzeczywistą zagadką, skąd Czermak. opisując w swoim dziele sposób operowania nazwany jako Jaesche-Arlt'a-Waldhauera, podaje je i to zupełnie dobrze przedstawiając sposób operowania pomysłu Prof. Wicherkiewicza. Dziwnem jest brak podania źródeł historycznych w dziele Czermaka. (Tłómaczyć to sobie możeby można względami narodowościowymi). Dziwniejszem jednak musi się wydać zarzut uczyniony Prof. Wicherkiewiczowi w sekcyi okulist. na ostatnim Zjeździe lek. i przyrod. polskich w Krakowie w dn. 18—22 lipca 1911 r., że pomysł Prof. Wicherkiewicza nie jest jego, ale Waldhauera. Robiący zarzut Prof. Wicherkiewiczowi nie umiał i nie mógł znaleźć dowodów na swoje poparcie, bo poparcia szukał w nauce operowania Arlta, w pierwszem wydaniu Graefe-Saemischa z r. 1873. W wydaniu tem ani jedną literą artykuł Waldhauera nie był wspomniany, ani nawet wspomniany być nie mógł, bo praca jego ukazała się dopiero w r. 1881 w Klin. Monatsbl. f. Aghk. na str. 128.

Wprawdzie pisze Waldhauer w artykule w Revue: »Ce n'est pas la première fois que je rends compte au public médical de la façon dont je pratique l'opération du trichiasis« i odnosi to do źródeł trudno dostępnych (Prof. Wicherkiewicz myśli o »Contributions à la thérapeutique de la Société des médecins praticiens de Riga vol. II p. 326. 1860, Doctordissertationen von Dr Stavenhagen 1869 u. Krauhals 1879 z Dorpatu), ale nawet sam artykuł w Revue przynoszący zasadnicze ulepszenia Waldhauera sposobu operowania Jaesche-Arlt'a nie zmienia postaci rzeczy. Bezsprzecznie jest to ulepszenie, ale bardzo niepewne i do ostatecznego wyleczenia wymagające dużo czasu.

Wywody swe historyczne kończy Prof. Wicherkiewicz następującemi słowy: »Nie o obronę pierwszeństwa chodziło mi,

gdym postanowił po więcej jak 30 latach doświadczenia, przedstawić współkolegom w celu wypróbowania i naśladowania sposób operowania, mający za cel usunięcie cierpienia spowodowanego tak u nas częstem zapaleniem trachomatycznem. Jeżeli jednak sądzę, że jestem zmuszony zająć może pozornie egoistyczne stanowisko, to dzieje się to, ponieważ dzieło Czermaka tak w pierwszem swoim wydaniu, jak i w drugiem, wydanem przez Elschniga, nie podaje całkiem źródłowo historyi sposobów operowania i, że mógłbym wywołać wrażenie, jakobym chciał przywłaszczyć sobie obce dobro duchowe«.

Pierwotnie podany sposób operacyi Prof. Wicherkiewicza widoczny doskonale z dołączonych do pracy rysunków, ma przebieg następujący: I akt: Operator wkłada płytkę pod powiekę i oddaje do trzymania asystentowi. Cięcie wzdłuż rąbka powieki rozdzielające ją na wys. 3—5 mm na 2 blaszki, — przednia skórno-mięśniowa z rzęsami i tylna chrząstkowo-spojówkowa. Rzęsy powinny zostać w blaszce przedniej, gdy pozostaną w tylnej, należy je końcem nożyka Graefe'go wyskrobać. Gdy chrząstka jest z powodu trachomy skrzywiona, prostuje ją Prof. Wicherkiewicz cięciem Burowa. Gdy chrząstka jest kopułowato-zgrubiała, należy cięcie śródrąbkowe poprowadzić ponad miejsce zgrubiałe i odciąć to miejsce skalpelem. II akt: Wolny brzeg powieki posiadający rzęsy zostaje 3 szwami (mniejwięcej 3 mm ponad dolnym brzegiem chrząstki) przymocowany do luźnej tkanki pokrywającej chrząstkę. Szwy zakłada się igłą zakrzywioną 1 mm powyżej rzęs przez wolny brzeg powieki rzęsy posiadający, od góry ku dołowi; ostrym haczykiem podnosi się tkankę pokrywającą chrząstkę i przeprowadziwszy przez tę tkankę, prowadzi się nitkę z powrotem przez wolny brzeg powieki (od dołu, ku górze) i wykłuwa się na powierzchni jego, tuż koło pierwszego nakłucia. Następnie oba końce nitki się związuje. Szwów takich zakłada się trzy. Akt III: Przemieszczenie płatka skórnego, wyciętego z powieki w miejsce przeciętego brzegu powieki (płat skórny nie posiada szypuły, co jest zasadniczą różnicą od sposobu operowania Jacobsohn'a i Burchardt'a!).

Obecnie Prof. Wicherkiewicz operuje w ten sposób, że znieczula powiekę po zapuszczeniu poprzedniem $2^0/_0$ kokainy do worka spojówkowego, sposobem Schleicha, wbijając cienką igłą w kąciku zewn. oka tuż powyżej rzęs górnej powieki. Operacya jest uproszczona dzisiaj tem, że nie zakłada się 3 szwów, opisanych w akcie II. Płatek skórny powieki powinien wielkością swoją odpowiadać ranie brzegu wolnego powieki i przy ciągłem polewaniu ciepłym roztworem soli fizyolog., uwolnionym od tkanki pod-

skórnej, poczem dopiero przeniesiony na ranę. Po założeniu gazy na zamknięte powieki, posypanie nowojodyną (*novojodini sine talco. ac. borici aa*) założenie waty, opaski zwykłej, a na nią na 4 dni opaski krochmalnej. Do operacyi tej trzeba dołączyć w razach silnego skrzywienia chrząstki wycięcie z niej na całej jej szerokości pryzmatycznego kawałka. Ranę chrząstki, gdy cięcie jest prawidłowe, nie trzeba zeszywać, w razie przeciwnym należy założyć cienkie nitki katgutowe.

W przypadku niedokładnie przeprowadzonej operacyi, gdy rzęsy znowu ku gałce ocznej wyrastają, należy je potem usunąć elektrolyzą lub przeprowadzeniem powtórnej takiejsamej operacyi.

W przypadku skrócenia skóry górnej powieki, można ją wziąć z innej części ciała. Gdy *trichiasis* jest nieznacznego stopnia i polega głównie na zgrubieniu i skrzywieniu chrząstki, w takim razie Prof. Wicherkiewicz robi cięcie przez skórę i mięśnie równoległe do brzegu powieki 4 mm powyżej jego, a po rozciągnięciu brzegów ran przypala galwanokauterem.

Operacyę Prof. Wicherkiewicza można wykonać również na dolnej powiece — ponieważ jednak płatek trudniej się tutaj utrzymuje, należy go przymocować kilkoma szwami.

W r. 1898 ogłosił bardzo pomysłowy sposób operowania Prof. Machek. Różnica z operacyą Prof. Wicherkiewicza polega na tem, że Prof. Machek płatu skórnego z powieki górnej nie oddziela całkowicie od podstawy, ale przesuwa go pod mostkiem rzęsy posiadającym.

Badania nad stanem utajenia drobnoustrojów w skaleczonem oku. (Untersuchungen über Einheilung (Latenz) von Bakterien im verletzten Auge). E. Marx (Fryburg w Br.).

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w oku po skaleczeniu mogą się przez przeciąg kilku miesięcy znajdować drobnoustroje żyjące i zdolne do rozmnażania się. Fakt ten niezależny jest, ani od zewnętrznego wyglądu oka, ani od jego napięcia, ani od braku, lub obecności w niem ciała obcego, ani od ciężkości poprzednio przebytego zapalenia, ani wreszcie od tego, czy dane oko jest widzące, lub nie.

Antygenetyczne działanie substancyi rogówkowej. (Z przedmową prof. Elschniga). (Die antigene Wirkung der Hornhautsubstanz). (Mit einem Vorwort von Prof. Elschnig). E. Kraupa (Praga).

Liczne szczegóły przy przebiegu *kerat. parenchym.*, a szczególnie sposób następowego schorzenia drugiego oka u danego oso-

bnika ma, według Elschniga, pewne podobieństwo z powstawaniem *iridocyclitis sympathica*. Prof. Elschnig przypuszczając, że może powstanie na drugiem oku *kerat. parench.* również, jak to według autora ma być przy zapaleniu sympatycznem, zależnem jest od uczulenia *(anaphylaxia)* organizmu, polecił Dr Kraupie przeprowadzenie badań nad antygenetycznem działaniem rogówki.

Badania Kraupy wykazały, że wprowadzenie śródotrzewnowe substancyi rogówkowej bydlęcej wywołuje u królika powstanie przeciwciał *(Antikörper)*. Ciała te są specyficzne organowo, nie są zaś specyficzne rodzajowo. Ilość przeciwciał w surowicy jest jednak nie wielka, bo żadna dawka jej nie jest w możności powstrzymać całkowicie hemolyzy.

O zastąpieniu ciałka szklistego. I. Część. Badania doświadczalne. (Über Glaskörperersatz. I. Teil. Experimentelle Untersuchungen). A. Löwenstein i B. Samuels (Praga).

Z doświadczeń autorów na królikach okazało się, że najlepszym płynem mogącym zastąpić c. szkliste jest 0·85% rozczyn NaCl. Największą ilość c. szkl. jaką można wypuścić bez następowego stałego zmętnienia w ciałku wynosi 0·8 gr. Gdy c. szklistego niczem się nie zastępowało, to najwięcej można go było wypuścić 0·4 gr. W innym razie powstawało w ciałku zmętnienie. Tak hyper — jak hypoizotoniczne rozczyny okazały się gorszymi od 0·85% rozczynu NaCl.

O zastąpieniu ciałka szklistego. II. Część. (Über Glaskörperersatz. II. Teil). Prof. A. Elschnig (Praga).

Autor podaje wyniki leczenia zmętnień ciałka szklistego przez operacyjne wyciągnięcie strzykawką chorobowo zmienionego ciałka szklistego (nigdy ponad 0·6 gr.) i zastąpienie go 0·85% rozczynem NaCl.

Spostrzeżenia kliniczne E. wykazały: popierwsze, że jakość wyciągniętego c. szklistego jest inna, aniżeli wziernikując, możnaby się spodziewać. Zawsze jest to płyn podobny do surowicy z pływającymi w nim mętami. Rzeczywistych skrzepów krwawych nigdy E. w ciałku wyciągniętem nie spostrzegał. Leczenie operacyjne sposobem Elschniga szczególnie okazało się dobre w wyniku w przypadkach resztek i następstw po krwotokach, i w przypadkach po krwotokach po operacyach przeciwjaskrowych. Na sześć operowanych przypadków z powodu gęstych zmętnień c. szklistego po *iridocyclitis* tylko w 2 razach ciałko się wyjaśniło. Pomyślny wynik zanotowany został w 2 przyp. ropnego nacieczenia ciałka; przy zakażeniu ciałka szklistego poprawa była tylko przejściowa.

Działanie zastępczo wstrzykniętego roztworu soli jest, według E., nietylko natury fizycznej, ale polega również na przyspieszeniu i podniesieniu przemiany materyi c. szklistego, a przez to na wessaniu pozostałych w niem patologicznych produktów.

O cystoidalnem zwyrodnieniu siatkówki. (Über die cystoide Entartung der Retina). Ch. Oguchi (Tokio).

Histologiczne badanie oka, wyjętego z powodu rozpoczynającego się jego zaniku w następstwie uderzenia kopytem końskiem, stwierdziło prócz innych zmian zwyrodnienie cystoidalne siatkówki. Charakterystyczne dla tego zwyrodnienia przestrzenie puste w obrębie siatkówki położone powstają, według autora, przez miejscowy zanik elementów siatkówki, rozwijający się w następstwie działania cytotoksyn Otwory w ten sposób wytworzone później powiększają się przez następowe dostanie się do nich c. wysiękowego.

Czy t. zw. samozatrucie z przewodu pokarmowego (indicanuria) jest częstą przyczyną chorób ocznych? (Ist die sog. gastrointestinale Antointoxikation (Indicanurie) eine häufige Ursache von Augenkrankheiten). O. Stuelp (Mühlheim).

Jak wiadomo do powstania zapalenia sympatycznego, zdaniem Elschniga, potrzebnem jest prócz autoanafylaksyi również ogólne schorzenie organizmu, a szczególnie samozatrucie. Temu samozatruciu przypisuje Elschnig również ważne znaczenie przyczynowe w powstawaniu samoistnej *iridocyclitis*. Stuelp zgodnie z przypuszczeniem Hippla, badając 82 przyp. samoistej chronicznej *iridocyclitis*, przekonał się, że tylko w 7 przyp. mógł wykazać *indykan* w moczu (*antointoxicatio*). Z tych 7 przyp. w 4-ech *indykan* w moczu był tylko objawem przypadkowym. Badanie na *indykan* chorych z innemi cierpieniami ocznemi potwierdziło również pytanie Hippla, że przy schorzeniach równie często *indykan* można spotykać jak i przy *iridocyclitis*. Badanie wreszcie chorych, nie wykazujących cierpień ocznych stwierdziło *indykan* w moczu w $5^0/_0$ przypadków.

O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych. (Über die Cysteinreaktion der normalen und pathologisch veränderten Linsen). Doc. W. Reis (Lwów).

Do badań swoich użył autor próby cysteinowej Arnolda, która polega na tem, że po zmoczeniu soczewki $4^0/_0$ roztworem nitroprusydku i dodaniu następnie kropli NH_3 występuje silne purpurowe zabarwienie. Autor przekonał się, że prawidłowe so-

czewki tak ludzkie jak i zwierząt wykazują bardzo silny odczyn cysteinowy. Odkrycie to tem ciekawsze (przy znanym fakcie, że grupy cysteinowe tylko tam się znajdują, gdzie przemiana materyi jest żywa), bo dowodzi, że przemiana materyi w soczewce nie jest tak wolną, jak dotychczas sądzono. Odczyn cysteinowy z prawidłowemi soczewkami występował równie silnie, czy do odczynu używał autor części środkowych, czy obwodowych soczewki. Odczyn był zawsze dodatni pomimo, że soczewka dana utrwalona była w formalinie, lub pomimo, że była wyjęta ze zwłok wykazujących zmiany pośmiertne. Odczyn wypadał ujemnie, gdy do odczynu użyto soczewek, wykazujących zaćmę przejrzałą. Przy zaćmach nie zupełnie dojrzałych, zależnie od dojrzałości jądro nie wykazywało odczynu w porównaniu do części obwodowych. Wogóle zauważyć można było zasadę, że im mniej zaćma była dojrzała, tem łatwiej można było w jej częściach korowych wykazać odczyn cysteinowy. W przeciwieństwie do zaćm starczych zaćmy urazowe zawsze wykazywały odczyn dodatni. Ponieważ autorowi udało się stwierdzić, że tkanka tłuszczowa nie daje odczynu cysteinowego, więc zdaje się słusznem jest twierdzenie wypowiedziane przez Torefesco, że w zaćmie starczej włókna soczewki są tłuszczowo zwyrodniałe, w następstwie czego, jak to autor wykazał, odczyn cysteinowy tego rodzaju zaćm wypada ujemnie.

Ophthalmology. R. 1912. Vol. 8. nr 1. (Referent K. W. Majewski).

Przybłoniak brzegu rogówko-twardówkowego. (Epithelioma of the sclero-corneal Limbus). Danis (Bruksela).

Opis typowego przypadku guza nagałkowego, wyrastającego z okolicy rąbka spojówkowego i przykrywającego częściowo rogówkę. Nowotwór odcięto, poczem na rogówce pozostało powierzchowne zbliznowacenie i dość duży ubytek spojówki gałkowej. Szwu jednakowoż nie założono. Miejsce, skąd nowotwór wyrastał, przypalono silnie galwanokauterem. Autor kładzie nacisk na konieczność takiego przypalenia ze względu na wypustki przybłonkowe wrastające bardzo często w głąb twardówki i rogówki, do przewodu Schlemma i do przestrzeni Fontany. Również przestrzega przed zakładaniem jakichkolwiek szwów, obawia się bowiem, że przewlekanie igieł może przeszczepić cząstki nowotworu na spojówkę zdrową.

Wydobycie odprysku stali z dna oczodołu. (The Removal of a Piece of Steel from the Apex of the Orbit). Casey A. Wood (Chicago).

W przypadku zranienia oka odpryskiem stali, gdzie gałka oczna zewnętrznie nie okazywała uszkodzenia, ale wzrok był stracony z powodu krwotoku do ciała szklistego wraz z rozległem oderwaniem siatkówki, roentgenogram wykazywał obecność odprysku metalowego, głęboko poza okiem, w samym szczycie stożka oczodołowego. Autor zamierzał z początku wydobyć ciało obce z zachowaniem gałki ocznej, dokonał zatem częściowej resekcyi zewnętrznej ściany oczodołu i spróbował olbrzymiego elektromagnesu. Elektromagnes jednak zawiódł w zupełności. Trzeba było wprowadzić głęboko szczypczyki, aby niemi uchwycić i wydobyć odprysk, silnie ugrzęzły w szparze klinowo-szczękowej *(fissura spheno-maxillaris).* Ponieważ operacya przybrała większe rozmiary, niż z początku zamierzono, trzeba było poświęcić gałkę oczną dla ułatwienia sobie przystępu, a także dla zapewnienia wydzielinie łatwiejszego odpływu. Dzięki temu przebieg pooperacyjny był pomyślny.

Conjunctivitis Parinaudi. (Parinaud's Conjunctivitis, with Report of two Cases). R. Lapsley (Keokuk. Jawa).

Autor zestawia pokrótce ustalone dziś już powszechnie, główne znamiona zapalenia spojówki opisanego w r. 1885 przez Parinauda: Zgrubienie powiek zależne od dużych polypowatych ziarnistości spojówki; nacieczenie spojówki gałkowej, aż po brzeg rogówkowy, wydzielina śluzowo-ropna, zajęcie gruczołów limfatycznych, przedusznych, podszczękowych, a nawet karkowych, po stronie oka chorego. Choroba, z małymi wyjątkami, występuje tylko na jednem oku. Rogówka pozostaje najczęściej wolna od zmian. Parinaud dał wyraz przekonaniu, że choroba ta jest pochodzenia zwierzęcego, dotąd jednak sprawa etyologii nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Przebieg choroby jest długotrwały i rozciąga się na cały szereg miesięcy, ale rokowanie jest na ogół dobre, bo zmiany wreszcie ustępują bez pozostawienia trwałych następstw. Autor zaleca leczenie podobne jak przy jaglicy: azotan srebra, siarkan miedzi, sublimat, a wreszcie usuwanie operacyjne polipowatych wyrośli. Następuje opis dwóch własnych spostrzeżeń.

Tenotomia częściowa. (Partial Tenotomy). O. Connor.

Nawiązując do artykułu Zieglera z poprzedniego zeszytu Ophthalmology opisuje autor własny sposób częściowej tenotomii, polegający na trzech poprzecznych nacięciach ścięgna, z których

jedno jest środkowe, a dwa przybrzeżne. Przy sposobności zwraca uwagę, że wedle jego obliczeń trzem milimetrom wydłużenia mięśnia odpowiada wyrównanie heteroforyi 14°, przyjmując średnicę gałki ocznej 24 mm. Podany przez niego sposób operacyjny może służyć również do wyrównania cykloforyi. Wtedy nacięcia przybrzeżne ścięgna mają być nierówne, a to górne dłuższe niż dolne, lub odwrotnie, stosownie do kierunku cykloforyi.

Odór z nosa po zapuszczeniu atropiny. (Mydriatic Ozaena). Culbertsön (Zanesville, Ohio).

Autor potwierdza spostrzeżenia Rhoads'a, opisane w poprzednim zeszycie Ophthalmology, stwierdza bowiem również bardzo często wydzielanie niemiłej woni z nosa przez przeciąg kilku godzin po zapuszczeniu atropiny. Tłumaczy ten objaw tem, że atropina zmniejsza wydzielinę błony śluzowej nosa, wysusza ją i powoduje gnilny rozkład zeschłego śluzu.

Zaburzenia psychiczne po operacyach i zaburzeniach ocznych i odpowiedzialność lekarza przy stawaniu rokowania w przypadkach ciężkich. (Mental Disturbances following Operations and Accidents to the Eyes, and the Responsibility of the Physician as Regards Prognosis in Serious Cases). Würdemann (Seattle).

Autor opisuje szereg przypadków, w których po operacyach zaćmy, względnie po zranieniach oka przyszło do zaburzeń psychicznych, zawsze przemijających. Przytacza również przykłady samobójstwa popełnionego przez chorych, gdy dowiedzieli się o niepomyślnym wyniku rokowania ich choroby ocznej. Z tego względu podnosi, że nie należy nigdy zapominać o tem niebezpieczeństwie i trzeba w takich razach wyrażać się wobec chorego z największą oględnością.

Dzisiejszy stan sprawy t. zw. ciałek jagliczych. (The Present State of the Questions as to the Trachoma Corpuscles). Prof. Greeff (Berlin).

Jeden z odkrywców tworów spotykanych w komórkach przybłonkowych spojówki przy jaglicy, zabiera głos w sprawie znaczenia, jakie należy tym tworom przypisywać na podstawie wyników dotychczasowych badań. Na pierwsze pytanie, czy wspomniane twory są pod względem morfologicznym na tyle wyodrębnione, żeby je zawsze i napewne od innych tworów można odróżnić, odpowiada Greef przecząco. Utrzymuje on, że różne postacie, opisane dotąd przez różnych autorów, bądźto jako chlamydozoa, bądź jako ciałka

jaglicze, nie są co do swej istoty tworami identycznymi. Pożądanem jest jeszcze wyszukanie odpowiedniejszych metod barwienia. Pomiędzy rozlicznemi zmianami chorobowemi, w których znaleziono t. zw. ciałka jaglicze, lub twory, bardzo do nich zbliżone wymienia autor *molluscum contagiosum* (Lipschütz), a nawet skarlatynę (Häfer). Dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach nie mają dla Greeffa znaczenia przekonywającego. Uzyskano wprawdzie powstanie ziarnistości, podobnych do jagieł, ale te nie pozostawiały po sobie nigdy blizn i nie zdołano również nigdy wywołać znamiennej łuszczki jaglicowej. Greeff kończy oświadczeniem, iż gdyby go dziś zapytano, czy t. zw. ciałka jaglicze mają jakiekolwiek znaczenie etyologiczne w powstawaniu jaglicy, to jeszcze zawsze musiałby na to odpowiedzieć, że tego nie wiemy.

Wydobywanie ciał obcych zapomocą elektromagnesu. (On the Magnet Operation). O. Haab (Zürich).

Haab podnosi, że szczegółowa lokalizacya ciała obcego żelaznego w oku, zapomocą promieni Roentgena, albo sideroskopu, jest zupełnie zbyteczna, gdyż elektromagnes olbrzymi wydobędzie je zewsząd, gdziekolwiekby tkwiło. Elektromagnes nigdy nie jest zanadto silny. Im silniejszy, tem lepszy. Najlepiej jest wyprowadzać ciało obce przez źrenicę i przednią komorę, chociaż zazwyczaj jest to droga dłuższa. Cięcie twardówkowe zagraża oderwaniem siatkówki.

Doświadczalne wytwarzanie wrodzonej zaćmy i innych nieprawidłowości w oczach kręgowców. (Experimental Production of Congenital Cataracts and Malformations in the Eyes of Vertebrates). Pagenstecher (Strassburg).

Autorowi powiodło się u potomstwa samic królików, które karmił w okresie ciąży naftaliną wywoływać różne postacie zaćmy, jak *cataracta zonularis*, *polaris anterior et posterior*, *fusiformis* etc. Prócz tego zdarzały się u młodych, zrodzonych przez tak zatruwane samice i inne nieprawidłowości na oczach, jak: *coloboma iridis*, *chorioideae*, *arter. phyaloidea persistens*, *lenticonus posterior*, *coloboma palpebrarum*, *mikroblepharia*, *keratoblepharon congenitum* etc.

Szczególne postacie zaniku tęczówki. (Special Forms of Atrophy of the Iris). Prof. Axenfeld (Fryburg).

Źrenice pozornie prawidłowych oczu zachowują się względem atropiny u różnych osób bardzo rozmaicie. U jednych występuje już po jednej kropli maksymalne rozszerzenie, u innych po kilka-

krotnem zapuszczeniu zaledwie średnie. Axenfeld widzi przyczynę takiego niedostatecznego rozszerzania się źrenicy, bądź to w szklistem zwyrodnieniu przyźrenicznego pierścienia tęczówki, bądź też w zaburzeniu czynności rozwieracza źrenicy, co ma być znowu wynikiem zaniku tylnych obwodowych warstw tęczówki, bądź wreszcie w zaniku warstwy barwikowej, posuniętym nieraz tak daleko, że tęczówka wyraźnie prześwieca, zarówno przy dyafanoskopii, jak przy wziernikowaniu.

Revue Généraie d'Ophtalmologie. R. 1911. Nr 7—12. (Referent K. W. Majewski).

Zasady postępowania leczniczego wobec magnetycznego ciała obcego utkwionego w siatkówce. (Conduite à tenir en présence d'un corps étranger magnétique de la rétine). Genet.

Na podstawie trzech spostrzeganych przez siebie przypadków, których szczegółowy opis podaje, dochodzi autor do ułożenia następujących reguł postępowania leczniczego, względnie operacyjnego:

1) W przypadku, który dostaje się w ręce okulisty natychmiast po zranieniu należy bezwłocznie przystąpić do wydobycia ciała obcego zapomocą elektromagnesu, do czego autor używa olbrzymiego elektromagnesu prof. Rolleta i wyprowadza odprysk z oka przez przednią komorę i przez cięcie. wykonane w rogówce.

2) Jeżeli odprysk tkwi w siatkówce oddawna i oko znosi dobrze jego obecność, jest rzeczą nieraz bardzo trudną wybrać odpowiednie postępowanie. Za przestrogę służyć powinno jedno ze spostrzeżeń autora, gdzie jeszcze w 17 lat po wypadku oko, zranione odpryskiem stali, tkwiącym w siatkówce. trzeba było wyjąć z powodu objawów grożącego zapalenia współczulnego.

3) Jeżeli od zranienia niewiele czasu upłynęło, a już na drugiem oku pojawiają się objawy podrażnienia współczulnego, można leczenie rozpocząć od wydobycia ciała obcego. niezwlekając jednak z następową enukleacyą, jeśli po samej ekstrakcyi oko drugie nie uspokoiło się dostatecznie.

4) Natychmiastowe wyjęcie oka zranionego wskazaue jest, jako ostatni ratunek, gdy zapalenie sympatyczne już się na drugiem oku rozpoczęło.

5) Również w przypadkach zakażenia i ostrej sprawy zapalnej w oku zranionem nie opłaci się zazwyczaj próbować wydobycia żelaza elektromagnesem, a lepiej, zdaniem autora, odrazu gałkę wyłuszczyć.

Co należy rozumieć przez kąt metryczny? (Que faut-il entendre par angle métrique?). Campos (Kairo).

Wiadomo, że za jednostkę do mierzenia stopnia konwergencyi przyjęto, wedle Nagla, t. zw. kąt metryczny. Jest to kąt, o jaki odchyla się oś widzenia tak jednego, jak i drugiego oka od kierunku równoległego, w chwili, gdy obydwa oczy wpatrują się w punkt leżący na linii środkowej w odległości 1 metra od każdego oka. Odległość tę mierzy się od wzmiankowanego punktu do środków obrotowych obu gałek ocznych. Jeśli oczy wpatrują się w punkt 2, 3, 5, n razy bliżej położony, wtedy zbieżność osi widzenia jest tyleż razy większa, wynosi zatem 2, 3, 5, n kątów metrycznych. Przy wpatrywaniu się zaś w przedmiot 2, 3, wogóle n. metrów odległy zbieżność maleje i wynosi $^1/_2$, $^1/_3$, $^1/_n$ kąta metrycznego. Łatwo zrozumieć, że tak pojęty stopień zbieżności rośnie i maleje zawsze równolegle ze wzrostem i zmniejszaniem się napięcia akomodacyi, przyczem jeden kąt metryczny zbieżności odpowiada jednej dyoptryi akomodacyi. Mowa tu oczywiście o stosunkach fizyologicznych, a więc o oczach miarowych. W ostatnich czasach pojęcie kąta metrycznego uległo pewnej zmianie, z którą trzeba się liczyć dla uniknięcia pomyłek i niedokładności. Za jeden kąt metryczny zbieżności uważa się obecnie nachylenie osi widzenia każdego oka do linii środkowej, która jest prostopadłą do linii łączącej punkty obrotowe obu gałek ocznych i połowi tę linię, w chwili, gdy oczy wpatrują się w punkt odległy o jeden metr nie od środków obrotowych obu gałek ocznych, jak w pojęciu Nagla, lecz od środka linii łączącej te punkty obrotowe. Odległość tę zatem mierzy się nie po przeciwprostokątni, lecz po linii środkowej, czyli po przyprostokątni. Wynika z tego dalej, że stopnie konwergencyi, odpowiadające poszczególnym kątom metrycznym, w tem nowem pojęciu nie odpowiadają już dyoptryom akomodacyi. Odpowiadają one natomiast t. zw. dyoptryom pryzmatycznym, wprowadzonym przez Prentice'a do mierzenia pryzmatycznego odchylenia promieni. Odchylenie promienia o 1 cm w odległości 1 metra (na skali stycznych) stanowi jednę taką dyoptryę pryzmatyczną. Ponieważ do mierzenia zbieżności, względnie rozbieżności osi widzenia posługujemy się pryzmatami, przeto ta reforma pojęcia kąta metrycznego była istotnie wskazana i w zastosowaniu okazuje się praktyczną.

Połowicza ślepota prawego i zupełna ślepota lewego oka wskutek gruźlicy mózgu. (Hémi-cécité droite et cécité gauche par tuberculose cérébrale). Gravier (Lyon).

U 35-letniego blacharza stwierdzono zupełną ślepotę lewego

oka, a widzenie połowicze z utratą nosowej połowy pola widzenia na oku prawem. Chory palił dużo tytoniu i pił regularnie absynt i wino w dużych ilościach. Jako blacharz miał dużo do czynienia z ołowiem, ale nie okazywał żadnych objawów przewlekłego zatrucia ołowiowego. Obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku nie można było wykazać, nie było również żadnych danych co do zakażenia kiłowego. W okresie pogarszania się wzroku doznawał bólów głowy, które potem ustąpiły. Po przyjęciu do szpitala rozpoczęto wcierania rtęciowe, które trzeba było jednak co rychlej przerwać ze względu na stan gorączkowy i pogorszenie ogólne. Ciepłota ciała stale się podnosiła, a przed zejściem śmiertelnem, które nastąpiło po dwóch dniach, doszła do 41·5°. Sekcya wykazała obecność guza gruźliczego, który zdawał się wychodzić z lewego płata czołowego i obejmował skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Stąd zaburzenie wzroku. Guz ten o rozmiarach 7·5 cm $\times$ 4 cm $\times$ 6 cm zajmował miejsce *nucleus caudatus* i *nucleus lenticularis,* przypierając do *capsula interna. Tuber cinereum* przedstawiało jednę masę serowatą i w tem miejscu naciek gruźliczy przechodził na drugą, prawą półkulę mózgową, niszcząc także częściowo *corpus callosum.* Badanie mikroskopowe cząstek nacieku wykazało typowe gruzełki z komórkami olbrzymiemi. Prątków Kocha nie znaleziono.

Badania z zakresu tonometryi ocznej. (Recherches de tonométrie oculaire). Rollet i Curtil (Lyon).

Autorowie zajęli się badaniem wpływu różnych środków na ciśnienie wśródgałkowe w oczach prawidłowych, posługując się przytem tonometrem Schiötza. Doszli przytem do następujących wniosków: Pomiędzy środkami znieczulającymi niektóre, jak holokaina, tropakokaina, akoina nie wywierają żadnego wpływu na ciśnienie wśródoczne, inne jak eukaina B. i alypina podnoszą je wyraźnie i prawie bezpośrednio po zapuszczeniu. Kokaina wreszcie wbrew ogólnemu zdaniu nie działa hypotonizująco, lecz raczej podnosi cokolwiek ciśnienie (?). Środki rozszerzające źrenicę wywołują krótkotrwałe, wyraźne podniesienie ucisku. Najsilniej hypertonicznie działa euftalmina, najsłabiej duboazyna i skopolamina. Środki zwężające, które w przypadkach jaskry wybitnie obniżają ciśnienie, pozostają w tym względzie prawie bez wpływu na oko prawidłowe, które po zapuszczeniu pilokarpiny nie mięknie wcale. Adrenalina działa hypotonizująco, a w stanach zapalnych wywołuje czasem prawdziwy *collapsus bulbi* (T = 11).

Prawdziwa teorya dyploskopu. (La véritable théorie du diploscope). Campos (Kairo).

Autor występuje z nader dosadną krytyką dyploskopu, przyrządu zdobywającego sobie coraz częstsze zastosowanie przy badaniu zboczeń równowagi mięśniowej i zeza. Urządzenie dyploskopu polega, jak wiadomo, na tem, że badany patrzy na cztery litery, składające wyraz KOLA, przez dwa w ten sposób przed oczyma ustawione otwory, że oko prawe widzi tylko obie spółgłoski K, L, a lewe tylko obie samogłoski O, A. W przypadkach zaburzeń równowagi mięśniowej ukazują się litery w rozmaity sposób poprzestawiane, a zwolennicy dyploskopu z przestawienia tych liter wnoszą o istnieniu zeza nie dającego się wykryć dawnymi sposobami badania. Opierają przytem swe rozpoznanie na znanem prawidle Desmarres'a, że jeżeli obrazki są zgodne, to osie się krzyżują, a jeśli są skrzyżowane, to osie się rozchodzą. Autor wykazuje zapomocą rozumowania i konstrukcyi, że zmiana układu liter widzianych przez dyploskop nie dowodzi wcale istnienia zeza, ani utajonego zaburzenia równowagi mięśni ocznych, a jest tylko wynikiem mniejszego, lub większego wysiłku konwergencyi fizyologicznej, przyczem osie widzenia krzyżują się raz przed, raz poza tabliczką z literami. Z powodu mylnego tłumaczenia zjawisk fizyologicznych zwolennicy dyploskopu rozpoznają zboczenia tam, gdzie ich dawnymi, wypróbowanymi sposobami wykazać nie można z tej prostej przyczyny, że ich wcale niema.

Wiestnik oftalmologii. R. 1911. Listopad i grudzień. (Ref. Dr M. Szafnicki).

O wpływie pochylania głowy ku ramieniowi na ruchy ócz. Dr med. A. Wychodcew.

Autor na podstawie bardzo licznych doświadczeń przychodzi do następujących wniosków:

1. Pochylanie głowy ku ramieniowi w prawą lub lewą stronę powoduje równomierne zwężenie obuocznego pola widzenia.

2. Zwężenie to jest tem większe, im silniej głowa pochylona.

3. Zwężenie to spowodowane jest zastępczym ruchem ócz około osi strzałkowej, wywołującym zmianę stosunku między punktem przymocowania mięśni i zmniejszenie ruchomości ócz.

4. Pochylanie głowy nie wpływa na zmianę granic jednoocznego pola widzenia.

5. Zjawisko to daje się wytłumaczyć tem, że poszczególne oko, nie podlegając warunkom obuocznego widzenia, zdolne jest nie wykonywać zastępczych ruchów.

6. Stopień zbieżności przy pochylaniu głowy w prawą lub lewą stronę zmniejsza się odpowiednio do stopnia pochylenia. To zmniejszenie da się objaśnić hamującym wpływem odruchowego obrotu na działalność mięśni.

7. Rozbieżność pozioma przy pochylaniu głowy na prawo lub lewo zmniejsza się również w takim stopniu i z tego powodu jak i zbieżność.

8. Dodatnia rozbieżność pionowa t. j. zdolność ustawienia linii wzrokowej prawego oka wyżej od linii oka lewego, zwiększa się przy pochyleniu głowy w lewą stronę równomiernie do stopnia pochylenia.

9. Ujemna rozbieżność pionowa, t. j. zdolność ustawienia linii wzrokowej oka prawego niżej od linii oka lewego zwiększa się przy pochyleniu głowy w prawą stronę równomiernie do stopnia pochylenia.

10. To swoiste zwiększanie się rozbieżności pionowej da się wytłumaczyć umiejscowieniem odbicia przedmiotu na siatkówce w związku z zastępczym ruchem ócz.

11. Zdolność symetrycznego ruchu ócz do około osi strzałkowej widocznie nie wiele zwiększa się przy pochylaniu głowy. To zwiększenie da się wytłumaczyć przypuszczeniem, że zastępczy ruch ócz wogóle ułatwia pierwszy impuls na mięśnie, obracające oczy do około osi strzałowej.

Badanie wzroku u głuchoniemych. Dr med. K. Kardo Sysojew.

Autor badał 162 wychowańców warszawskiego instytutu dla głuchoniemych w wieku od 9—20 lat. Porównując stan wzroku badanych ze wzrokiem u zupełnie zdrowych dziewcząt i chłopców w tym wieku. Autor znalazł mniejszy procent krótkowzroczności: 2$^0/_0$ u dziewcząt, a 1$^0/_0$ u chłopców, natomiast znacznie częściej spotykał u badanych głuchoniemych nadwzroczność: 39$^0/_0$ u dziewcząt, a 46$^0/_0$ u chłopców.

Coloboma palpebrae congenitum. D. P. Kosticz.

Autor opisuje odnośny przypadek dotyczący kobiety 24-letniej. Szereg operacyi (4) częściowo usunął wrodzoną wadę.

Przypadek pozagałkowego zapalenia n. wzrokowego na tle gruźliczem. A. I. Kulebiakow.

Autor spostrzegał mężczyznę 18-letniego z objawami zapale-

nia n. wzrokowego pozagałkowego. V pro. 0·05, lo. 0·07. Gdy reakcya tuberkulinowa wypadła dodatnio, choremu zastosowano w ciągu trzech miesięcy 27 wstrzyknięć emulsyi bakteryjnej Kocha, poczem V pro. 0·3, lo. 0·6, a pole widzenia było zupełnie prawidłowe. Obraz wziernikowy pozostał bez zmian t. j. prawe oko zmian nie przedstawiało, a w lo. tarcz w skroniowej części była nieco bledsza.

Gruźlica naczyniówki. O. R. Łurie.

Autor podaje cztery spostrzegane przez siebie przypadki, nie przedstawiające nic szczególnego.

O leczeniu jaglicy terminolem. O. K. Walter.

Autor stosował terminol w późnych okresach jaglicy, lecz nie widział tych skutków, o których pisze prof. Grunert. Uważa, że cena jest stanowczo wygórowaną, ponieważ maść, sporządzona według recepty prof. Grunerta, w każdej aptece kosztuje 6 razy taniej niż gotowy preparat.

Przypadek swoistego zapalenia rogówki spowodowanego prątkiem kserozy. A. A. Gastiew.

Autor spostrzegał zmiany na rogówce polegające na zmętnieniu żółtawem z wyraźnie podniesionymi brzegami. jednak powierzchnia jego była zupełnie gładka, lśniąca. Oko było lekko podrażnione. Plama początkowo miała 3—4 mm średnicy, w przeciągu 10 dni zajęła całą rogówkę Równocześnie od rąbka ze wszystkich stron biegły naczynia ku środkowi rogówki. W naczynia te jakby wsiąkało zmętnienie tak, że po 32 dniach w miejscu plamy pozostały tylko bardzo liczne naczynia, a po 75 dniach naczynia zupełnie znikały, pozostawiając na rogówce zaledwie lekkie ogólne zmętnienie. Badanie bakteryologiczne wykazało *bac. Xerosis.*

W kwestyi przechodzenia przeciwciał do cieczy przedniej komory w oku operowanem. Pryw. doc. W. W. Czyrkowski.

Autor przeprowadził szereg odnośnych doświadczeń na królikach, którym usuwał soczewkę. Przychodzi on na podstawie tych doświadczeń do następujących wniosków. Należy przypuszczać, że usunięcie soczewki powoduje wzmożone przedostawanie się przeciwciał do cieczy przedniej komory nawet wtedy, gdy objawy reakcyi pooperacyjnej zupełnie znikają. Z jakiego powodu przeciwciała łatwiej przechodzą do przedniej komory w oczach pozbawio-

nych soczewki, trudno określić, gdyż nawet w zwykłych warunkach o przechodzeniu przeciwciał do cieczy oka nie wiele wiadomo. W każdym razie zmiany anatomiczne w stosunku przedniej komory do tylnej, prawdopodobne zmiany funkcyi ciała rzęskowego i tęczówki po usunięciu soczewki i irydektomii, przedstawiają przychylne warunki do przechodzenia przeciwciał. Bezwątpienia to przechodzenie jest znaczniejsze na wczesnych okresach pooperacyjnych, kiedy w oku są jeszcze zmiany zapalne i wobec tego do warunków anatomicznych dołączają się jeszcze czynniki wzmożonego przechodzenia przeciwciał — zapalne podrażnienie. Autor przypuszcza, że badania jego mogą mieć wielkie znaczenie w rozstrzygnięciu zagadnień praktycznych w związku zakażeń pooperacyjnych i ich profilaktyki.

Salwarsan i oko. S. W. Oczapowski.
Autor stosował »606« w 21 przypadkach różnych chorób ocznych i jest tego samego zdania o tem środku leczniczym, co i inni badacze.

O sposobach plastyki powiekowej. A. W. Łotin.
Autor operował 4 przypadki, w których chodziło o przywrócenie powiekom zmienionym chorobowo, przeważnie skróconym i wywróconym, po urazie i oparzeniu prawidłowego wyglądu. Operował autor, przeszczepiając płat na nóżce i uważa ten sposób za najlepszy w tych razach. gdy okolica powieki jest zdrowa. W przeciwnym razie należy przeszczepić płat z innej okolicy ciała.

III. ROZMAITOŚCI.

Otrzymujemy pismo Komitetu II. Zjazdu neurologów ul. Kopernika l. 46, Kraków, z którego podajemy następujące ustępy:

Komitet organizacyjny II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami, psychiatrami i psychologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa i Krakowa następujące tematy główne: 1) metoda psychoanaliczna, 2) zjawiska psychoelektryczne, 3) nowe metody badania narządu przedsionkowego i 4) sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatrii.

Poza powyższymi tematami głównymi, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet wyznaczył szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnież ma być w odczytach uwzględniona obszerniej anatomia patologiczna kory mózgowej.

Zjazd odbędzie się między 15-m a 21-m grudnia. Zgłoszenia odczytów równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytów przyjmuje komitet do końca września.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr Schiek z Gettyngi mianowany prof. zwycz. w Królewcu. Pr. W.

Dr P. Baiardi w Genui mian. prof. w Turynie.

Dr Golowin mian. prof. zwycz. okulist. w Moskwie.

Dr Orłow mian. prof. w Warszawie.

Dr Ottokar Leser habilit. się na uniwersytecie czeskim w Pradze.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Eman. Mandelstamm zmarł w Kijowie w 74 roku życia.